

DICEMBRE 2020

CONTRIBUTO DI ANALISI E PROPOSTE PER LA SANITA' IN CALABRIA

RETE DI ASSOCIAZIONI / FONDAZIONI/COMITATI /
MOVIMENTI / CONSORZI

Gruppo di Lavoro Calabria Condivisa per la dignità ed il
progresso in Sanità, Diritti Civili e Funzione Pubblica

A cura di:

Ernesto Mancini

- Avvocato, già Direttore Amm.vo Azienda Ospedaliera Universitaria Verona
- Presidente Onorario Associazione Prosalus - Palmi (RC)

Indice

1) OGGETTO E SCOPO DEL DOCUMENTO.....	pag. 1
2) L'ANALISI.....	pag. 1
• 2.1 Il commissariamento della sanità regionale	
• 2.2 Mancato raggiungimento degli obbiettivi	
• 2.3 I decreti-legge Calabria n. 35/2019 e 150/2020 e la contraddizione delle scelte	
• 2.4 I Nuovi Ospedali non realizzati dopo tredici anni ed il mancato ammodernamento di quelli strategici esistenti	
• 2.5 La mancata realizzazione dei nuovi presìdi di medicina territoriale.	
• 2.5.1 Le Case della Salute	
• 2.5.2 Le Unità Complesse di Cure Primarie (U.C.C.P.)	
• 2.5.3 Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (A.F.T.)	
• 2.5.4 Le Unità Speciali di Continuità Assistenziale(U.S.C.A)	
• 2.6 Le risorse umane, le risorse materiali e la malpractice da disservizi	
3) LE PROPOSTE.....	pag. 7
• 3.1 I responsabili dell'attuazione dei programmi	
• 3.2 La trasparenza, il diritto alla conoscenza ed il controllo sociale	
• 3.3 La partecipazione e le consulte permanenti	
• 3.3.1 La partecipazione	
• 3.3.2 Le Consulte Permanenti di Partecipazione (il livello regionale e quello provinciale aziendale)	
• 3.4 I nuovi atti aziendali e la nuova fase del Commissariamento	
• 3.5 La formazione ed il rinnovamento della classe dirigente	
4) ALTRI ASPETTI.....	pag. 13
• 4.1 Il Covid 19	
• 4.2 La burocrazia	
• 4.3 La criminalità organizzata	
• 4.4 La componente politica	
• 4.5 I nuovi investimenti derivanti dai prossimi finanziamenti europei	
5) CONCLUSIONI.....	pag. 15

1) OGGETTO E SCOPO DEL DOCUMENTO

Questo documento viene redatto in un momento in cui la Calabria, per la sanità pubblica, tocca uno dei punti più drammatici della sua storia. La sua immagine di ente territoriale di rilievo costituzionale è fortemente compromessa per le note vicende del commissario regionale alla sanità dimessosi a causa di sconcertanti dichiarazioni ai media. Perdura sia il commissariamento delle nove aziende sanitarie di cui due sciolte per infiltrazione mafiosa sia la durata ormai ultradecennale e senza effetti positivi della gestione commissariale.

A ciò si aggiungono **l'arretratezza della rete** dei servizi territoriali e di quelli ospedalieri, la vetustà delle strutture nonché i ritardi e le inerzie che caratterizzano la condotta dei suoi organi politici amministrativi e tecnici. Tutto ciò accade nell'ambito sanitario il quale, come è noto, impegna più del 70% delle risorse finanziarie di cui la Regione dispone.

La ricaduta sulla popolazione assistita è altrettanto drammatica perché genera **migrazione sanitaria** con rilevanti costi sociali ed economici nonché **insoddisfazione dei bisogni assistenziali e sociali** soprattutto delle persone più deboli che rimangono prive della necessaria protezione.

La società civile calabrese, e per essa le formazioni sociali che ne fanno parte, devono reagire a questo innegabile stato di cose. A tale scopo **Calabria Condivisa**, rete di associazionismo calabrese, con il presente documento intende dare il suo contributo di analisi e proposte per uscire al più presto da questa grave situazione.

2) L'ANALISI

2.1. Il commissariamento della sanità regionale

La funzione pubblica della sanità in Calabria è commissariata fin dal 2009. I vari commissari che si sono succeduti nel tempo hanno avuto l'incarico di attuare il **Piano di rientro** dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale e di svolgere tutti gli interventi necessari per garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, **l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza** in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità.

Tali incarichi hanno avuto effetti negativi per i seguenti motivi.

2.2 Mancato raggiungimento degli obiettivi

In dieci anni non sono stati raggiunti gli obiettivi né per quanto riguarda il **rientro dei disavanzi** né per quanto riguarda la garanzia dei **livelli essenziali di assistenza**. Vi è da notare al riguardo che nel periodo 2007/2010 le Regioni sottoposte al Piano di Rientro e perciò a gestione commissariale, sono state sette e precisamente Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia.

Nel corso degli anni successivi tutte queste regioni, ad eccezione solo di Calabria e Molise, hanno raggiunto gli obbiettivi e di conseguenza è cessata per loro la gestione commissariale con ritorno alla normalità istituzionale. Dunque la Calabria, a distanza di oltre dieci anni rimane commissariata e non si vede neppure in lontananza alcuna diversa prospettiva.

2.3 I decreti-legge Calabria n. 35/2019 e 150/2020 e la contraddizione delle scelte

Col decreto-legge Calabria 30 aprile 2019, n. 35 (Governo Conte 1), approvato in una seduta del Consiglio dei Ministri svoltasi a Reggio Calabria con grande clamore mediatico data l'eccezionalità della sede, si stabiliva, fra l'altro, che la materia dei contratti pubblici (appalti) di competenza delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere calabresi fosse affidata ad enti esterni alla Regione e cioè Invitalia (Roma) e So.re.sa. (Napoli).

La scelta non era condivisibile perché riguardava i contratti sopra la soglia economica europea e cioè **quelli più strategici per ciascuna azienda**. Si trattava dei contratti in materia di lavori, forniture, servizi e cioè di investimenti per la manutenzione straordinaria ed il miglioramento edilizio delle proprie strutture sanitarie, di acquisti delle principali attrezzature mediche, di acquisizione di servizi fondamentali (in genere ultra quinquennali) quali termogestioni, servizi generali, ristorazione, pulizie, lavanolo, ecc. ecc..

Le Aziende venivano pertanto amputate di una funzione rilevante per il loro sviluppo, con conseguente deresponsabilizzazione dell'apparato tecnico-amministrativo, sicché ad esse non restava che lo svolgimento di una **mera funzione economale**, con ulteriori conseguenze negative per la formazione e la crescita di giovani funzionari volenterosi.

Il provvedimento era anche **ingiusto** perché colpiva indiscriminatamente tutte le aziende comprese quelle che nella materia contrattualistica non dimostravano particolari disservizi né erano infiltrate dalla criminalità. Il provvedimento creava anche **danni** da ritardi ulteriori poiché le aziende prorogavano i contratti in essere in attesa che gli enti esterni affidatari prendessero in carico le nuove procedure ad esse affidate.

L'errore della scelta governativa era così evidente che col più recente **decreto Calabria 10 novembre 2020, n. 150 (Governo Conte 2)** si è tornati indietro e pertanto le aziende riprenderanno a svolgere la funzione della contrattualistica pubblica sopra soglia europea per effetto di delega che riceveranno dal Commissario (art 3). Sono stati cancellati nuovi incarichi ad Invitalia e So.Re.Sa. ed è stata ripristinata la funzione della Centrale di Comittenza della Regione Calabria. La contraddizione dei decreti è significativa dell'approssimazione legislativa con cui sono state operate le scelte sia pure da due Governi diversi.

2.4 I Nuovi Ospedali non realizzati dopo tredici anni dalla previsione e finanziamento ed il mancato ammodernamento di quelli strategici esistenti

L'accordo di programma Stato/Regione del 7 dicembre 2007 **programmava e finanziava** come opere di “**somma urgenza**” la costruzione di quattro nuovi ospedali in Calabria e cioè l’Ospedale della Sibaritide, gli Ospedali di Vibo Valentia e Catanzaro ed il nuovo Ospedale della Piana di Gioia Tauro con sede in Palmi.

A distanza di tredici anni da tale intervento programmatorio nessuno dei suddetti ospedali è stato realizzato ed anzi gli stati di avanzamento sono minimi o non ci sono; manca ancora la consegna dei lavori e l’apertura del cantiere come per l’Ospedale della Piana di Gioia Tauro con sede in Palmi. Le somme finanziate non sono state spese.

E’ perciò evidente che passeranno ancora almeno cinque anni per la costruzione e l’attivazione dei nuovi ospedali sicché per essi, definiti nel 2007 di “**somma urgenza**”, la programmazione risulterà concretamente attuata dopo circa **venti anni** sempre che da ora in avanti si vada spediti; al riguardo, non si può essere ottimisti.

Per altri ospedali strategici ma vetusti (vedi ad esempio Locri per la Locride) risulta evidente che le manutenzioni straordinarie non sono risolutive e che presto occorrerà pensare a programmi edilizi di radicale ristrutturazione o ricostruzione a nuovo. Al riguardo va sottolineato che per l’intera rete ospedaliera risultano non spese somme destinate ad importanti interventi edilizi od attrezzature biomedicali. Si tratta di somme per oltre un miliardo e mezzo debitamente previste e finanziate da anni per effetto di altri accordi Stato/Regione. A queste vanno aggiunte anche quelle ferme per i nuovi ospedali.

Risulta dunque di tutta evidenza che le **inefficienze della fase di attuazione** di piani e programmi, già finanziati ed esecutivi come nella materia ospedaliera, sono una delle cause principali del dissesto sanitario della Regione.

2.5 La mancata realizzazione dei nuovi presidi di medicina territoriale

2.5.1 Le Case della Salute

Le Case della Salute erano state previste fin dal 2007 (Decreto del Ministero della Sanità del 10 luglio) quali “**strutture polivalenti** in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l’insieme delle prestazioni socio-sanitarie al cittadino”. Il decreto chiariva altresì che le Case della Salute dovevano rappresentare per il cittadino la struttura di riferimento per l’erogazione dell’assistenza sanitaria.

Nell'anno 2011 le case della salute venivano previste e finanziate per 50 milioni di euro anche dalla Regione Calabria. Solo nel 2016 si definiva un progetto organizzativo e funzionale ed un cronoprogramma di realizzazione. **Ad oggi, 2020, le Case della Salute non sono state realizzate per lentezze burocratiche, difficoltà progettuali, ed intoppi vari che non sono stati superati.**

Ne deriva che i presidi ospedalieri da riconvertire in Case della Salute sono rimasti tal quali ed inutilizzati per l'obiettivo. **I finanziamenti, come in altri casi, sono ancora da utilizzare e rimangono accantonati.** Si tratta di 7 Case della Salute e cioè Trebisacce, San Marco Argentano e Cariati per l'area nord; Chiaravalle e Mesoraca per l'area centro, Scilla e Siderno per l'area sud. Risulta inoltre che per quelle progettate il Commissario, nel corso del 2020, abbia invitato le aziende ad aderire alla convenzione con Invitalia stante l'interdizione di tali aziende che il decreto Calabria 2019 disponeva per gli appalti di lavori sopra soglia europea.

Il ritardo è gravissimo ove si pensi che in altre regioni le case della salute sono state realizzate. Si cita, solo come esempio, la Regione Emilia Romagna dal cui sito-web si evince che “le case della salute sono 120 secondo una classificazione di bassa, media ed alta concentrazione di servizi sociosanitari”. Esse sono così suddivise in base alle Aziende sanitarie di riferimento: Ausl Romagna conta 36 Case della salute; Ausl Parma 22, Ausl Bologna 19, Ausl Imola 3, Ausl Modena 14, Ausl Reggio Emilia 11, Ausl Ferrara 7, Ausl Piacenza 8.

Si può ritenere, sulla base dei dati ora indicati, che per le case della salute le scelte regionali risultano di assai diversa impostazione. Nella Regione Emilia Romagna, infatti, si è preferito dare più ampia quantità e diffusione a tali strutture per numero e diversa dimensione (**complessivamente 120**), rispetto alla scelta della Regione Calabria di prevedere solo una o due case della salute (**complessivamente 7**) per provincia utilizzando solo le strutture ospedaliere da riconvertire.

Interi distretti sanitari risultano pertanto privi di Case della Salute: ben 15 su 22. (es.: Distretto Tirrenica Palmi, Reggio Calabria 2, ecc. ecc.). La diversa entità della popolazione, peraltro, non giustifica la diversa scelta. Sta di fatto, infine, che in Emilia Romagna le case della salute sono già funzionanti da anni mentre in Calabria dopo dieci anni sono soltanto alla fase progettuale e non realizzate sebbene già finanziate.

2.5.2 Le Unità Complesse di Cure Primarie (U.C.C.P.)

Già nell'anno 2009 l'Accordo Collettivo Nazionale per i medici di Medicina generale prevedeva le U.C.C.P. quale modello organizzativo e funzionale costituite da medici convenzionati delle cure primarie e da altri operatori sanitari e amministrativi.

Anche su questo versante si constata **ritardo o inadempienza.**

Come si evince dalle fonti normative, le U.C.C.P., al cui interno operano medici convenzionati, medici di continuità assistenziale, specialisti convenzionati ed altri operatori sanitari, si rapportano coi Distretti, con l’Ospedale e con la Casa della Salute. Esse avrebbero dovuto garantire assistenza sanitaria di base e diagnostica di I° livello, realizzare la continuità assistenziale 24 ore su 24, utilizzare supporti tecnologici per favorire input e scambio di dati con le strutture della rete. Al riguardo, in particolare avrebbero dovuto sviluppare applicazioni di telemedicina anche per i pazienti logisticamente disagiati. La telemedicina, in effetti consente una connessione stabile ed in tempo reale tra i pazienti costretti a domicilio e gli stessi medici del territorio o gli specialisti ospedalieri.

Le U.C.C.P. hanno ciascuna un'unica sede che può essere collocata anche in apposite strutture dell’Asp allo scopo riqualificate. Si ritiene che per i benefici economici e professionali che i medici ed altri operatori conseguiranno per effetto delle U.C.C.P. (es.: risparmio dei costi di studio, di segreteria, di strumentazione e di logistica in genere) potrà essere loro richiesto, in sede di accordi regionali od aziendali, di svolgere attività che implementino gli obblighi cui sono già tenuti per effetto della contrattazione collettiva.

A titolo solo indicativo tali attività possono riguardare la prevenzione, la statistica e i dati epidemiologici di loro pertinenza, la programmazione e l’attuazione di programmi concordati col Distretto e/o le Asp per il controllo ed il miglioramento dell’assistenza sanitaria nella popolazione di riferimento, altre attività collegate alla c.d. “medicina di iniziativa”.

La realizzazione delle U.C.C.P. non potrà che avere effetti positivi per la medicina del territorio ma si tratta di un futuro lontano stanti i ritardi e le inefficienze che anche su questo versante sono innegabili (2009-2020).

2.5.3 Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (A.F.T.)

Le A.F.T. sono state previste unitamente alle U.C.C.P. dal legislatore **fin dal 2012** (decreto-legge Baldazzi n. 158/2012 art.1) per migliorare i servizi territoriali di assistenza primaria.

Si tratta di **raggruppamenti** di medici di medicina generale incaricati di garantire, sul territorio per tutta la giornata e per l’intera settimana, la tutela della salute della popolazione di riferimento costituita dagli assistiti dei medici che vi fanno parte. Il raggruppamento dei medici, dovrà perseguire, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.

Da una rilevazione del Quotidiano Sanità del 18 ottobre 2018 risulta che in alcune regioni le AFT non sono state per nulla programmate (es.: Lombardia) ovvero vengono dichiarate “in via di realizzazione” (es. :Calabria), espressione, questa, generica e che nasconde in alcuni casi ritardi e difficoltà operative nonostante la previsione normativa sia del 2012.

Il decreto n. 65/2018 del Commissario ad acta Regione Calabria prevede le A.F.T. in sede unica e dovranno assicurare un'apertura H12, per un bacino d'utenza sino a 30.000 abitanti. Ciò può considerarsi “in contrasto con la ratio legislativa che è intesa a rendere un' assistenza diffusa sul territorio” (Quotidiano Sanità cit.)

Appare comunque evidente che anche per le A.F.T. in Calabria il lavoro organizzativo e di effettiva operatività è tutto da compiere.

2.5.4 Le Unità Speciali di Continuità assistenziale (U.S.C.A)

Le U.S.C.A, unità speciali di continuità assistenziale sono state introdotte dal **decreto-legge n.14 del 9 marzo 2020** che ha dettato disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19.

Esse consentono ai medici di medicina generale (c.d. medici di base del territorio) di garantire l'attività assistenziale ordinaria e per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. L'unità speciale è costituita da un numero di medici pari a quelli già presenti nella sede di continuità assistenziale e su segnalazione dei medici di base gestiscono la suddetta tipologia di pazienti.

Con decreto del Presidente della Giunta regionale n.25 del 29 marzo 2020 ne sono state previste per l' Asp Catanzaro 8, Asp Cosenza 11, Asp Crotone 3, Asp Vibo Valentia 3, Asp Reggio Calabria 12.

Anche in questo caso tuttavia, dalla previsione deliberativa alla concreta realizzazione delle nuove unità in ogni singola azienda territoriale **si sono verificati ritardi ed inconvenienti** soprattutto per quanto riguarda la disponibilità dei locali, il reclutamento del personale medico ed infermieristico, la disponibilità di materiale sanitario utile per l'accertamento ed il contrasto al Covid. **E' un'altra situazione in cui ci sono atti ma non fatti.**

2.6 Le risorse umane, le risorse materiali e la malpractice da disservizi

Ovviamente non si può limitare l'analisi alle risorse strutturali od organizzative come quelle cui si è fatto cenno fin qui. La sanità in Calabria soffre da troppo tempo di **gravi carenze di risorse umane** fatte da professionisti sanitari (medici, infermieri, tecnici, ecc.) e **di risorse materiali** (attrezzature biomediche, materiale sanitario, ecc.) e ciò si riscontra in tutte le Aziende territoriali ed ospedaliere.

Su questa materia tanta è l'urgenza che non si può neanche provvedere con metodo programmatico di breve-medio termine poiché tutto deve compiersi **immediatamente** stanti i disservizi che tale carenza evidenzia, anche con drammatiche notizie di cronaca.

Si può ritenere che spesso la malpractice sanitaria è dovuta più a malpractice da disservizio per carenza di risorse umane e materiali che da malpractice sanitaria professionale.

3) LE PROPOSTE

Ciò che si deve fare per risollevare le sorti della sanità calabrese deriva direttamente dall'analisi sopra riportata. **E' chiaro che vanno compiuti i piani di rientro dei disavanzi, vanno assicurati i livelli essenziali di assistenza, non devono più tollerarsi scandalose inerzie e ritardi per la costruzione e l'attivazione dei nuovi ospedali né per l'ammodernamento di quelli strategici già esistenti, vanno realizzati i presidi della medicina territoriali.** (Case della Salute, UCCP, A.F.T. e U.S.C.A), **vanno riadeguate le risorse umane professionali e quelle materiali.**

Al riguardo, però, Calabria Condivisa ritiene che la fase più critica per lo sviluppo socio-sanitario calabrese sia quella dell'**attuazione di piani, programmi e progetti specifici.**

Infatti, come si è visto, il più delle volte i programmi nazionali e regionali ovvero i progetti specifici, ci sono e sono anche coerenti con le necessità della sanità pubblica nonché sicuramente attuabili con procedure ordinarie e tempistica ordinaria (es.: Case della Salute, U.c.c.p, Nuovi Ospedali). Tuttavia nella concreta fase di realizzazione di tali programmi, già finanziati e giuridicamente esecutivi, intervengono ritardi ingiustificati, blocchi delle attività anche per errori di impostazione o procedurali, inutili appesantimenti burocratici, deleteri comportamenti di “burocrazia difensiva”, incapacità di lavorare in team trasversali tecnici ed amministrativi, e soprattutto, di lavorare per fatti e non solo per atti.

Discende da quanto sopra che la sanità regionale sia per assistenza ospedaliera sia per assistenza territoriale è **arretrata di almeno vent'anni.** Né sono stati realizzati i nuovi modelli organizzativi di cui si è detto, sicché anche sotto il profilo dell'assistenza in molte zone si lavora come al tempo delle mutue (**ante 1978**).

Si indicano qui di seguito le proposte per una rinnovata capacità amministrativa e tecnica di attuazione (recte: esecuzione) di piani, programmi e progetti specifici.

3.1 I responsabili dell'esecuzione dei programmi

Occorre individuare per ognuno di tali atti programmati il **“responsabile unico dell'esecuzione o “team leader” dei gruppi di lavoro aziendali od interaziendali.** Troppe volte i risultati non si raggiungono proprio a causa della mancata chiarezza e la non individuazione di chi vi deve in concreto provvedere e risponderne.

In molti casi **non è sufficiente** il riferimento generico alle direzioni strategiche delle aziende interessate (direzione generale, sanitaria ed amministrativa o dei servizi sociali) ma occorre che all'interno di queste le direzioni individuino formalmente i dirigenti di dipartimento o di strutture complesse competenti per materia cui affidare l'incarico di esecuzione. Ovviamente le direzioni **risponderanno in solido** con i dirigenti affidatari nel caso di insuccesso dell'incarico anche a seguito di mancato controllo.

E' decisivo, inoltre, che tale incarico si configuri per **i dirigenti regionali e quelli aziendali, come "obbligazione di risultato"** e cioè come obbligazione al cui adempimento sono subordinate sia l'erogazione degli incentivi economici contrattuali all'uopo specificatamente previsti sia la conferma o la revoca dell'incarico secondo i principi sulla responsabilità dirigenziale di cui agli artt. 4 e 21 del D.Lvo 165/2001 sulla dirigenza pubblica. Trattasi di norme, quelle ora richiamate, di cui non si ha notizia di applicazione nonostante sia noto che molti procedimenti non hanno raggiunto il risultato per i quali sono stati attivati.

Va anche detto che nella maggior parte dei casi l'attuazione dei piani e dei programmi strategici per lo sviluppo aziendale sono a **competenza trasversale** perché interessano più strutture e più professionalità (medici, ingegneri, provveditori agli acquisti, ecc.) o addirittura più aziende. In questi casi dovrà essere nominato un **team leader**, secondo il criterio della prevalenza per materia o altro opportuno criterio, che abbia la responsabilità di condurre e coordinare il gruppo di lavoro ed assicurare il risultato voluto.

Quanto andiamo dicendo trova già conferma per la materia degli appalti pubblici di lavori, forniture e servizi dove viene formalizzata sia la figura del R.U.P. (Responsabile Unico del procedimento) che del Direttore dell'esecuzione (artt. 31 e 101 D.Lvo 50/201).

E' opportuno che tali regole vengano applicate sia a livello regionale/commissario e sia a livello aziendale od interaziendale poiché sono troppi frequenti i casi in cui, pur essendoci atti amministrativi generali debitamente approvati e finanziati, mancano poi in concreto i risultati dell'esecuzione senza che, sempre in concreto, nessuno ne risponda.

3.2 La trasparenza, il diritto alla conoscenza ed il controllo sociale

La legge 190/2012 sull'anticorruzione ed i successivi decreti delegati (n.33/2013 e n. 97/2016) per la trasparenza della pubblica amministrazione, dettano norme vincolanti per implementare al massimo la trasparenza intesa non solo quale accesso agli atti (accesso ordinario, accesso civico ed accesso generalizzato) ma come pubblicazione e diffusione **sul proprio portale-web** di dati ed informazioni attinenti alle principali attività della Pubblica Amministrazione, ivi compresa quella sanitaria.

L'organo regionale o commissoriale deve perciò inserire nell'apposita sezione “**amministrazione trasparente**” prevista dalla legge, i dati e le informazioni attinenti ai principali procedimenti tecnici ed amministrativi di cui è competente. Il portale web cessa così di essere solo una vetrina promozionale dell'ente e diventa, come vuole la legge, “**strumento di controllo sociale**” da parte dei cittadini i quali, con un semplice input al p.c., possono avere conoscenza dello stato degli atti per i procedimenti che interessano la loro comunità.

Anche su questo versante la **Regione Calabria è troppo indietro rispetto alle altre**. Si cita per tutte, come esempio, la mancata pubblicazione sul web dello stato dei procedimenti che riguardano la **costruzione di nuovi ospedali** cui si è fatto cenno in precedenza.

E' assurdo, al riguardo, che pur essendo stata prevista questa pagina sul portale, **si rinvie solo il titolo ma manca del tutto ogni minimo dato sullo stato del procedimento**. Ne consegue che i cittadini non hanno possibilità alcuna di avere notizie certe ed aggiornate su opere di grande interesse pubblico e ciò diffonde in essi un senso di sfiducia, di scetticismo e di sospetto.

Succede perciò che solo a seguito di un lavoro lungo, paziente e spesso contrastato, di ricostruzione dei singoli procedimenti da parte delle Associazioni si riesce ad ottenere la possibilità di **un'adeguata informazione che consenta di interloquire con una necessaria base di conoscenza con gli organismi regionali od aziendali**. D'altra parte anche le inchieste giornalistiche spesso denunciano le inerzie o i ritardi quando questi **hanno già prodotto i danni** sicché non possono fare altro che prendere atto del misfatto compiuto.

La mancanza di informazione da parte della stessa Amministrazione, pur dovuta per legge, offende dunque il diritto alla conoscenza dei cittadini, impedisce il controllo sociale sulle attività pubbliche, viola tutte le norme sopra richiamate circa la trasparenza dell'attività della Pubblica Amministrazione.

3.3 La partecipazione e le consulte permanenti per l'ambito socio-sanitario

3.3.1 La partecipazione

Occorre attivare con urgenza adeguati **strumenti di partecipazione** cioè strumenti di **relazione permanente tra Regione, Aziende e Cittadini**. In tal modo questi ultimi, attraverso le associazioni e le altre formazioni civiche di cui fanno parte, potranno intervenire con **funzione consultiva e di controllo sociale, ma anche di impulso**, nei processi di elaborazione dei piani e dei programmi socio-sanitari e nella fase di attuazione degli stessi.

Come si è visto è proprio nella **fase di attuazione dei piani e dei programmi nazionali e regionali** che si registrano **gravi inconcludenze** le quali, in molto casi, impediscono la realizzazione del pubblico

interesse alla buona sanità pubblica ed il concreto utilizzo delle risorse finanziarie pur già disponibili allo scopo.

Va chiarito che la partecipazione non si configura come “graziosa concessione” dell’Amministrazione in quanto **è prevista e resa obbligatoria** dalla stessa legge 833/78 di riforma sanitaria. Si fa riferimento all’art. 1 comma 4, secondo cui il servizio sanitario regionale si attua **“garantendo la partecipazione dei cittadini”**, ed all’art. 11 comma 13 secondo cui l’attività della Regioni deve essere svolta con **“il metodo della programmazione pluriennale e della più ampia partecipazione democratica”**.

Ciò vale anche per i comuni singoli o associati (oggi A.S.P.) che devono **“garantire la più ampia partecipazione...delle formazioni sociali** esistenti sul territorio a tutte le fasi della **programmazione** delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari, nonché al **controllo della loro funzionalità**” (art. 13 penultimo comma).

I principi di partecipazione qui richiamati trovano ulteriore conferma, se ce ne fosse bisogno, in altre importantissime leggi dello Stato dedicate alla trasparenza quale presupposto necessario della partecipazione. Ci riferiamo alla legge 241/90 sul procedimento amministrativo e alla più recente normativa di cui alla legge n. 190/2012 impropriamente nota soltanto come legge anticorruzione e che, invece, detta anche regole per la piena legittimità ed efficacia dell’azione amministrativa pubblica. All’art. 1 di tale legge si specifica, infatti, che la finalità della trasparenza è quella di favorire **“forme diffuse di controllo sul perseguitamento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”** (sic).

3.3.2 Le Consulte Permanentie di Partecipazione (il livello regionale e quello provinciale aziendale)

Se le cose stanno così per effetto delle norme legislative ora richiamate, Calabria Condivisa chiede agli Organi Regionali ed al Commissario per la sanità in Calabria che vengano istituiti in modo formale e permanente **due livelli di consultazione, uno in ambito regionale/commissoriale ed uno in ambito provinciale di singola ASP e Azienda Ospedaliera**.

La consultazione episodica od occasionale non ha infatti alcuna efficacia e si risolve spesso in rassicurazioni ed assensi che il più delle volte non vengono seguiti da fatti concreti o risultati effettivi.

A) Consulta permanente regionale di partecipazione per l’ambito socio-sanitario

Si chiede che le modalità della partecipazione siano formalmente approvate con apposito atto amministrativo avente contenuto regolamentare adottato a seguito di proposta dei rappresentanti delle formazioni sociali che confluiranno nella Consulta.

In questa sede si propongono in maniera sintetica gli aspetti principali.

I) La Consulta Permanente è **organismo di partecipazione** secondo i principi normativi di cui alle citate leggi n. 833/78, n. 241/90, n.190/2012 e i decreti legislativi n. 33/2013 e n. 97/2016 nelle fasi della programmazione sanitaria e sociale della Regione e/o del Commissario. Essa svolge anche funzioni **di controllo sociale sul perseguitamento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, sull'attuazione dei programmi e dei piani in base ai principi normativi della trasparenza esclusa perciò ogni attività ispettiva.**

II) La Consulta si compone di un numero di membri indicativamente non superiore a dieci (due membri per provincia) che rappresentano, per tutto il territorio regionale le varie formazioni sociali operanti nell'ambito socio-sanitario. A titolo meramente esemplificativo si fa riferimento ad Associazioni e Comitati sufficientemente rappresentativi per la tutela del diritto alla salute e per la protezione della persona. Fanno parte della Consulta Permanente anche i cinque portavoce delle consulte provinciali di cui si dirà appresso.

Non potranno fare parte della Consulta organizzazioni per **le quali la legge prevede già altri tipi di partecipazione obbligatorie** quali sindacati di lavoratori o datoriali, rappresentanze professionali, altre rappresentanze istituzionali. Esse troveranno nell'apposita sede di confronto adeguata operatività evitando così sovrapposizioni e confusione nelle trattazioni degli interessi rappresentati.

Per gli effetti negativi che può avere una eccessiva concentrazione di rappresentanza (due o tre per provincia) va chiarito che alle riunioni della Consulta possono essere invitati rappresentanti di singole associazioni quando si tratta di temi di loro specifico interesse.

III) La relazione tra Organismi regionali e Consulta Permanente si attua principalmente attraverso **riunioni formali periodiche con ordini del giorno** recanti argomenti di programmazione ed attuazione indicati dagli organismi regionali e/ o richiesti dalla stessa Consulta. Alle riunioni devono partecipare, per la necessaria **audizione**, anche i funzionari responsabili dei procedimenti inseriti nell'ordine del giorno. Ogni riunione deve essere conclusa da verbale sottoscritto e reso pubblico nella Sezione Web Amministrazione Trasparenza della Regione e del Commissario ad acta di cui alla legge 190/2012 e D.Lvo 33/2013 legge. La **periodicità degli incontri**, da svolgersi anche on line se necessario, dovrà essere mensile od al massimo bimestrale.

B) Consulta Permanente Provinciale di partecipazione per l'ambito socio-sanitario delle ASP e delle Aziende Ospedaliere

In ogni provincia della regione, viene costituita una **Consulta Permanente con funzioni analoghe alla Consulta Regionale**. La Consulta provinciale si occupa dei programmi socio-sanitari che

interessano il territorio di pertinenza e le aziende ospedaliere con sede nella Provincia. Essa, pertanto, si relaziona con Asp ed Aziende Ospedaliere secondo i principi già indicati per la Consulta Regionale anche con riferimento alla concreta attuazione di piani e programmi ivi compresi i progetti aziendali. La composizione potrà fare riferimento a rappresentanti dei singoli distretti sanitari o ad altri criteri.

Un maggiore dettaglio dei compiti e del funzionamento dei due livelli di consultazione dovrà essere formulato in occasione della predisposizione del regolamento di consultazione cui si è fatto prima cenno.

3.4 I nuovi atti aziendali e la nuova fase del Commissariamento

Il recente Decreto-Legge Calabria 10 novembre 2020, n. 150 prevede che entro 60 giorni dalla nomina, i Commissari straordinari di ciascuna Azienda adottino i **nuovi atti aziendali**, cioè una sorta di statuto dell'ente nel quale vengono inserite le norme fondamentali di organizzazione e di funzionamento, gli organigrammi dei dipartimenti e delle strutture aziendali, il collegamento con la rete dei servizi ed ogni altra regola aziendale. Ciò consente all'Ente di svolgere la propria attività e progredire per la realizzazione della propria mission secondo i principi di buon andamento previsti in generale dalla Costituzione per le strutture e gli uffici pubblici (art. 97).

C'è da augurarsi che questa volta gli atti aziendali non rimangano meri atti formali per la gran parte non eseguiti e che, invece, contengano principi e soluzioni che privilegino **imparzialità, rapidità, efficienza, partecipazione, modalità di amministrazione adeguate** alla realtà di enti che devono recuperare in modo incisivo il gran tempo trascorso senza risultati apprezzabili.

Il decreto-legge 150/2020 citato reca anche norme innovative per la **nuova fase Commissariale** a livello regionale prevedendo specifico organico di 25 unità direttamente assegnate al Commissario nonché nuovi rapporti di collaborazione con l'Agenas, cioè l'agenzia che svolge una funzione di supporto tecnico e operativo alle politiche di governo dei servizi sanitari di Stato e Regioni, attraverso attività di ricerca, monitoraggio, valutazione, formazione e innovazione.

C'è da augurarsi che queste scelte governative producano performance e risultati apprezzabili.

3.5 La formazione

Si ritiene che la formazione dei funzionari, questi ultimi intesi nell'ampia accezione di coloro che sono legati all'ente pubblico da un rapporto di servizio (dirigenti e non, amministrativi e tecnici regionali ed aziendali, medici di direzione ed organizzazione sanitaria, altri sanitari con responsabilità di strutture o di funzione, ecc. ecc.) sia una scelta strategica da farsi al più presto.

Beninteso, la formazione deve essere orientata verso una moderna visione della Pubblica

Amministrazione Sanitaria secondo principi da tempo codificati nella legislazione di cui si è appena detto (legittimità ma anche efficacia, risultato, ecc. ecc.). Ciò significa agire **non solo per “atti” ma per “fatti” e risultati concreti**. Tutto ciò si racchiude nel principio di “buon andamento dei pubblici uffici” previsto dalla Costituzione fin dal 1948 all’art. 97.

Non sfugge che si tratta di un processo di medio-lungo termine e che, solo perciò, potrebbe apparire come una proposta non concreta. Tuttavia non vi è altro modo di uscirne e i **decenni che scorrono inutilmente** senza alcun progresso ne fanno piena prova.

4) ALTRI ASPETTI

4.1 Il Covid 19

Il quadro sanitario calabrese, come tristemente noto ai cittadini, presenta pessimi indicatori rispetto alla media nazionale.

A peggiorare le cose l’epidemia di SARS CoV-2 ha costretto la grande maggioranza di malati cronici al domicilio, impedendo improvvisamente di effettuare i controlli periodici per come necessario. Ciò andrà avanti verosimilmente per molti mesi, esponendoli al rischio dello scompenso e delle complicanze di malattie, creando probabilmente maggiore mortalità del contrarre il Covid19 e rendendo anche difficile il monitoraggio della insorgenza di questa stessa malattia.

Inoltre le **Unità Speciali di Continuità Assistenziale** sono state costituite parzialmente ed in ritardo ovvero hanno difficoltà di funzionamento. Chi ora assiste gli anziani al domicilio, generalmente personale non qualificato e a volte anche con difficoltà linguistiche, non ha accesso alla formazione sanitaria. L’attuale distanziamento sociale ha acuito la solitudine di queste persone.

Dal domicilio si è elevata una barriera di conoscenze tra paziente e servizi sanitari: chi effettua cosa e con che tempi di attesa e refertazione, con che volume di lavoro annuo e da quanto tempo e con che risultati, dove, quando e come accedere, anche in relazione alle barriere architettoniche e al distanziamento attuale.

Queste nuove malattie e condizioni di lavoro clinico hanno inoltre trovato il personale sanitario e le strutture necessariamente impreparate, fatte salve la buona volontà e la capacità di singoli.

Peraltro le curve epidemiche della seconda ondata si sono impennate in ogni ambito (isolamento domiciliare, ricoveri, terapie intensive) ed il Servizio Sanitario Regionale appare non in grado di contrastare con efficacia il fenomeno.

4.2. La burocrazia

La burocrazia è un male permanente dell'Amministrazione Pubblica. Tuttavia non devono essere seguite le lamentose giustificazioni secondo cui la burocrazia impedisce lo sviluppo socio-sanitario della Regione. In Italia la burocrazia c'è ovunque, e va superata con impegno e capacità realizzative. La burocrazia, in ogni caso, non ha mai impedito lo sviluppo sociosanitario di altre regioni (Emilia Romagna, Veneto, Toscana, ecc.).

4.3. La criminalità organizzata

Né può essere seguita la tesi secondo cui la **criminalità organizzata** è **causa esclusiva dei ritardi e del mancato sviluppo**. La vicenda dei nuovi ospedali è emblematica al riguardo perché la loro mancata realizzazione deriva da inefficienza politica ed amministrativa di chi doveva provvedere e non ha provveduto. La criminalità, invero, ha tutto l'interesse alla realizzazione delle opere per ciò che le può derivare dall'inquinamento dei grossi appalti di lavori, forniture e servizi, assunzioni di personale, gestioni in outsourcing, nuova ricchezza indotta e così oltre.

A scanso di equivoci va detto che la **criminalità organizzata** resta il **principale nemico da battere** ma l'inefficienza della pubblica amministrazione sanitaria e, in alcuni casi, anche la sua corruzione, non è certamente questione di poco conto. Si tratta perciò di una miscela esplosiva di più elementi pur se oggetto di diversa graduazione.

4.4 La componente politica

Nel corso degli ultimi dodici anni le componenti politiche succedutisi al governo regionale sono state diverse e di opposta formazione (centro sinistra Loiero, centro destra Schipilliti, centrosinistra Oliverio, centrodestra Santelli/Spirli). Nessuna aggregazione politica è riuscita o sta riuscendo a modificare il quadro fallimentare del Servizio Sanitario Regionale e non si può ritenere che ciò sia dipeso solo dalla presenza di una gestione commissariale anch'essa fallimentare.

Le responsabilità politiche sono perciò diffuse in ogni formazione che si è avvicendata al governo regionale per cui neppure si può tentare una diversa graduazione di colpa. Purtroppo è evidente che accanto ad una mediocrità palese della classe politica, peraltro non esclusiva della sola Calabria, è l'apparato tecnico/amministrativo che non ha saputo svolgere adeguatamente la propria missione di supporto e proposta. Anche in altre Regioni la componente politica è quella che è ma eccelle l'apparato tecnico-amministrativo.

4.5 I nuovi investimenti derivanti dai prossimi finanziamenti europei

La pandemia da Covid 19 sta danneggiando in modo drammatico tutte le economie europee e degli altri continenti. L'Unione Europea prevede nuovi strumenti di finanziamento consistenti e ad efficacia controllata. E' prevedibile che nel breve termine le regioni italiane e la Calabria siano destinatarie di

notevoli risorse finanziarie da utilizzare per investimenti in termini di strutture, attrezzature e servizi. Si tratta di un'occasione da non perdere per lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale. **Se tuttavia nulla cambia rispetto allo stato delle cose qui descritto, saremo costretti a piangere ancora una volta della nostra inefficienza.**

5) CONCLUSIONI

Deve per seguirsi al più presto l'obbiettivo di fare cessare la **Gestione Commissariale** e far rientrare la Regione Calabria nella regolarità della propria funzione istituzionale anche nella materia della sanità pubblica come per le altre regioni d'Italia. 19

D'altra parte, come si è detto, le **componenti politiche** succedutesi alternativamente con schieramenti opposti nell'ultimo decennio non fanno ben sperare in un rinnovamento che dia progresso e sviluppo. Su questo la società civile deve interrogarsi sull'importanza delle scelte elette negli organismi politici e comprendere che si tratta di momenti decisivi per lo sviluppo di qualsiasi settore. **Le prossime elezioni regionali** saranno ancor più decisive per tutti gli schieramenti dopo lo scompiglio di questi mesi in cui la Calabria è stata protagonista negativa di ogni pubblico dibattito.

In ogni caso, qualunque sia la componente di vertice (commissariale o politica) è decisivo per garantire risultati concreti e misurabili, il rinnovamento dell'**apparato tecnico /amministrativo** sia a livello regionale sia a livello aziendale. Si tratta di un apparato che si è mostrato debole, lento, spesso occupato a risolvere gravi situazioni pregresse o ad occuparsi di ordinaria amministrazione. La Sanità in Calabria ha invece bisogno di straordinaria amministrazione laddove straordinaria significa abilità, competenza, efficienza e soprattutto visione, anzi realizzazione del futuro.

Non dovrà mancare la **partecipazione dei cittadini** attraverso formazioni sociali di tipo associazionistico durature nel tempo che sappiano farsi carico del controllo sociale che la legge loro attribuisce, che sappia dare gli impulsi necessari a fare muovere una macchina pubblica verso obiettivi concreti e non di mera programmazione teorica il più delle volte non realizzata.

Post scriptum

Questo documento è stato predisposto nei giorni della nomina governativa del nuovo Commissario Regionale alla Sanità avvenuta dopo alcune note vicende a dir poco grottesche. Finalmente si è giunti a tale nomina nella persona dell'ex Prefetto Luigi Longo. Volentieri gli indirizziamo un grande “in bocca al lupo” confidando che egli sappia finalmente intervenire con successo sulla grave situazione come sopra descritta.

Ciò, a nostro avviso, avverrà con maggiore probabilità se il Commissario avrà una concezione della legalità, a cui fa bene ad ispirarsi fin dalle prime dichiarazioni, ben più ampia della mera legittimità amministrativa poiché oggi legalità significa anche rapidità, efficacia, risultato come vuole l'art. 97 della Costituzione sul “buon andamento” degli uffici pubblici.

